



ALUMNE /A

Cognoms _____ / _____ Nom _____ ,
(COGNOMS EN MAJÚSCULES) (NOM EN MAJÚSCULES)

matriculat en el nivell educatiu Educació Infantil, en el curs _____ i secció _____ .
(13, 14, 15) (A, B)

Com l'anomeneu a casa ? _____ Data de naixement _____ / _____ / _____
(SOBRENOM) (DIA) (MES) (ANY)

Llengua familiar _____ Nombre de germans _____
(CATALÀ, CASTELLÀ, ...)

Té germans en el Col·legi: NO SI Cursos _____

REPRESENTANTS LEGALS DE L'ALUMNE /A:

Sr./Sra. _____ ,
(NOM I COGNOMS EN MAJÚSCULES)

_____ amb NIF _____ i telèfons _____ / _____
(PARE / MARE / TUTOR) (DNI I LLETRA) (TELÈFONS EN HORARI LECTIU)

Sr./Sra. _____ ,
(NOM I COGNOMS EN MAJÚSCULES)

_____ amb NIF _____ i telèfons _____ / _____
(PARE / MARE / TUTOR) (DNI I LLETRA) (TELÈFONS EN HORARI LECTIU)

Pares separats: NO SI Família monoparental: NO SI

ALTRES DADES DE CONTACTE:

Sr./Sra. _____ ,
(NOM I COGNOMS EN MAJÚSCULES)

_____ amb NIF _____ i telèfon _____ .
(PARENTIU / RELACIÓ) (DNI I LLETRA) (TELÈFON EN HORARI LECTIU)

Sr./Sra. _____ ,
(NOM I COGNOMS EN MAJÚSCULES)

_____ amb NIF _____ i telèfon _____ .
(PARENTIU / RELACIÓ) (DNI I LLETRA) (TELÈFON EN HORARI LECTIU)

AL·LÈRGIES, INTOLERÀNCIES, HIPERSENSIBILITAT:

Al·lèrgies i/o intoleràncies alimentàries: NO Sí, als següents aliments

Al·lèrgies i/o intoleràncies a medicaments: NO Sí, als següents medicaments

Altres al·lèrgies, intoleràncies i/o hipersensibilitat: NO Sí, les següents

MEDICACIÓ: Els responsables legals del /de la menor sol·licitaran a la Direcció, l'administració del medicament mitjançant el document "Demanda d'Administració de Medicaments".

Pren alguna medicació: NO Sí, la següent medicació

OPERACIONS:

Ha estat operat /operada: NO Sí, operat /operada de les següents

QÜESTIONARI:

Es mareja quan viatja ? NO Sí Té vertigen ? NO Sí

Porta plantilles ? NO Sí

Ha de fer migdiada ? NO Sí Es mou molt quan dorm ? NO Sí

S'orina de nit ? NO Sí S'aixeca de nit? NO Sí

OBSERVACIONS:

L'informem dels seus drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat de dades, limitació i oposició, així com la revocació del consentiment prestat si escau, contactant amb COL·LEGI SANT GABRIEL VILADECANS en Av. Germans Gabrielistes, 22. 08840 Viladecans (Barcelona) o per e-mail a centre@sgviladecans.org . Tenen dret a fer una reclamació davant el delegat de protecció de dades a la direcció del responsable o per e-mail dpo@sgviladecans.org . Així mateix, també té dret a realitzar una reclamació davant les autoritats de protecció de dades. Més informació <http://viladecans.gabrielistas.org>

Lloc i data

_____ a _____ d _____ de _____
(POBLACIÓ) (DIA) (MES) (ANY)

Signatura del pare / mare
tutor/a legal 1

Signatura del pare / mare
tutor/a legal 2

**En el cas que el document sigui signat per un dels representants,
aquest haurà de tenir l'autorització de l'altre tutor legal.**

